様式第２号（第８条関係）

琴浦町新生児聴覚検査費助成金請求書

琴浦町長　　様

琴浦町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第８条の規定に基づき、次のとおり請求します。

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受診医療機関の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">検査年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">自己負担額</td><td>円</td><td>助成限度額</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">請求額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="5">添付資料
・医療機関等が発行する新生児聴覚検査費の領収書の写し
・新生児聴覚検査結果の写し
・交付された受診票</td></tr>
<tr><td colspan="5">年　　月　　日
請求者
住　所　琴浦町大字
氏　名　　㊞</td></tr>
</table>

助成金は下記の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td>金融機関名</td><td colspan="8">銀行　　店
金庫
組合　　所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通
当座</td><td>（ふりがな）
口座名義人</td><td colspan="6">（　　）</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>左詰で記入</td></tr>
</table>